

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

116

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

F. VANDAMME

Licenciée ès sciences

DE LA PHLÉBITE

AU COURS DES ACCIDENTS SECONDAIRES

DE LA SYPHILIS

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

F. VANDAMME

Licenciée des sciences

DE LA PHLÉBITE

AU COURS DES ACCIDENTS SECONDAIRES

DE LA SYPHILIS



Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Co, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
	TEISSIER
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSI
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANCON
	GILBERT
	DEBOVE
	CHAUFFARD
	WIDAL
	HUTINEL
Clinique médicale	
Maladies des enfants	DUPRÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGREY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Médecin de l'hôpital Boucicaut.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

*En hommage de reconnaissance
pour le grand honneur qu'il veut
bien nous faire en présidant notre
thèse.*

À MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CETTINGER

Médecin de l'hôpital Cochin.
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Témoignage de notre affectueuse
reconnaissance pour son extrême
bienveillance à notre égard.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

*En le priant de croire à notre
respectueuse gratitude pour sa
grande bonté envers nous.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL LABBÉ

M. LE DOCTEUR BOURCY (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR AUVRAY

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉRY

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

MONSIEUR LE DOCTEUR CÆTTINGER

A MON PÈRE

Mon premier professeur de médecine.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Au cours de cette année, nous avons eu l'occasion d'observer parmi les malades confiés à nos soins un cas de phlébite syphilitique secondaire.

Sur les conseils de notre maître le D^r Cœttinger, nous avons tenté de rechercher les observations déjà publiées sur cette affection. C'est en nous basant sur leur étude et sur les travaux écrits précédemment que nous avons essayé d'en préciser les caractères.

Nous tenons avant tout à exprimer notre affectueuse reconnaissance à M. le D^r Cœttinger, pour les conseils précieux et la sollicitude qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant les quatre années passées auprès de lui.

Nous conserverons durant toute notre carrière médicale le souvenir de ses leçons cliniques et le prions d'accepter ici l'hommage de notre respectueux attachement..

DE LA PHLÉBITE

AU COURS DES

ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS

Nous nous bornerons dans ce travail à l'étude des phlébites syphilitiques dont l'origine peut être attribuée à l'action directe du tréponème et qui surviennent au cours de la période secondaire.

Nous ferons abstraction des réactions veineuses survenant pendant la période tertiaire et consécutives à des lésions de voisinage : gomme, etc, ces phlébites n'étant pas, à proprement parler, des phlébites infectieuses.

Il est à remarquer que, parmi les manifestations vasculaires de la syphilis, les localisations veineuses sont aussi *rare*s que paraissent fréquentes les lésions artérielles. Il y a dans ce fait, comme le dit le Dr Cettinger, quelque chose de tout à fait anormal car « dans toutes les affections aiguës ou chroniques, les complications veineuses sont plus communes que les lésions artérielles ». La prépondérance de la phlébite sur l'artérite, pouvant s'expliquer en partie par les conditions anatomiques et physiologiques différentes des deux systèmes circulatoires : réseaux anastomotiques importants, circulation plus lente du sang ; présence, en certains points, de valvules qui

augmentent les surfaces du frottement et par là même les chances de vulnérabilité.

Comme la syphilis est essentiellement une maladie infectieuse, il semble étrange que la fragilité veineuse n'y soit pas la même que dans la plupart des septicémies : typhoïde, fièvre puerpérale, etc.

Faut-il admettre que les lésions veineuses sont réellement rares, ou ne serait-il pas plus logique de croire qu'elles passent souvent inaperçues parce que fugaces, peu douloureuses, sans retentissement sur l'état général et n'empêchant pas les malades de vaquer à leurs occupations habituelles.

Nous devons reconnaître cependant que l'examen de très nombreux malades visités dans un centre de vénérologie, ne nous a permis de déceler chez aucun des symptômes, même atténués, de phlébite.

HISTORIQUE

Proksch a démontré que les tout premiers syphili-graphes avaient connu la phlébite syphilitique.

Sans le suivre aussi loin dans ses recherches, nous pouvons diviser l'historique de cette affection en deux périodes.

La première commence avec Astruc qui en 1740 aurait entrevu la phlébite de la veine-porte. Puis vient Carlo Guttani qui en 1772 attribua au virus syphilitique la formation d'un sac anévrysmal développé aux dépens des parois épaissies de l'artère et de la veine poplitée. Après lui, Tessier en 1838, parle d'une inflammation syphilitique des veines profondes du membre inférieur gauche avec œdème. Dittrich en 1849 rapporte 6 cas de phlébite au cours de la syphilis ; il les attribue plutôt à des dyscrasies concomitantes : tuberculose, cancer. Virchow en 1850, au cours de trois autopsies découvre des lésions veineuses d'origine syphilitique. Jusqu'à présent les auteurs ont fait mention de la nature syphilitique des phlébites, mais sans parler des phlébites secondaires.

Enfin, nous arrivons à la seconde période avec Gerddwood qui, en 1860, décrit brièvement, mais pour la première fois d'une façon précise, 3 cas de phlé-

bite syphilitique secondaire avec leurs caractères distincts : *apparition précoce, multiplicité, superficialité*.

Malgré ces exemples Lancereaux, dans son traité paru en 1866, attribue les concrétions fibreuses des veines aux désordres cachectiques de la syphilis plutôt qu'au virus lui-même ; il dit dans ses leçons : « Rien ne prouve que les veines soient susceptibles d'être altérées par cette maladie ». Cependant en 1876 il signale le cas de Dowse relatant la propagation des gommes méningées aux sinus dure-mériens. Puis viennent les observations de Greenhow en 1876. La même année, Gosselin rapporte 2 cas nouveaux, ayant trait manifestement à la phlébite syphilitique secondaire.

En 1882 Gayraud, de Montpellier, fait mention : 1^o d'une phlébite des veines superficielles du bras, sans œdème, apparue en même temps qu'une roséole et une angine spécifiques ; 2^o d'une inflammation veineuse du membre inférieur, survenu sept mois après le chancre initial.

Successivement : Breda en 1889, Mauriac en 1890, Charvot et Cautru en 1871, Lang, Handfort de Nottingham en 1892, relatent des cas analogues.

La notion de phlébite syphilitique est désormais un fait acquis. Mendel en 1894 rapporte deux nouvelles observations et, en examinant les anciennes, compose la première étude d'ensemble de cette affection : il distingue les phlébites de la période secondaire et celles de la période tertiaire.

Puis viennent les recherches de Richard d'Aulnay en 1896 ; la thèse de Heuzard en 1898, réunissant 21 observations, plus une personnelle ; le travail de Proksch de Vienne, pour la même année ; les 2 cas nouveaux de Le Noir, l'année suivante. En 1899 le professeur Fournier dans son *Traité de la Syphilis*, consacre un article à la phlébite secondaire qu'il définit une inflammation subaiguë, tournant rapidement à la modalité froide. Bondesio en 1899 et Collinot en 1901 résument ce qui a été fait précédemment sur ce sujet. Les cas observés jusque-là étaient rares puisque Collinot n'en relève que 28. En 1900, Thibierge fait une étude histologique de la phlébite secondaire précoce.

En février 1902, le Dr Cettinger publie un article dans lequel il précise les caractères cliniques de cette affection dont il venait d'observer un cas dans son service. Ce travail semble avoir attiré l'attention des cliniciens sur cette localisation de la syphilis, car depuis cette époque nous pouvons citer successivement : les communications de Campbell, d'Edimbourg, en novembre 1902 ; de Renault et Roussy, de Gaucher et Chiray, en 1903 ; de Gaucher et Touchard en 1905 ; de Roques en 1907 ; de Tourneux et Lévy, d'Audry et Constantin en 1908, d'Achard et Demanche en 1909 ; de Fidon en 1910.

Mentionnons spécialement l'observation de Thibierge et Ravaut, relatée à la Société médicale des Hôpitaux de Paris le 8 avril 1910, qui présente un intérêt tout spécial, puisqu'elle a permis de mettre

en évidence dans la paroi veineuse, le tréponème, découvert en 1905 et reconnu pour l'agent spécifique de la syphilis.

Citons enfin les noms de Cutrone en 1912, de Tourneux en 1913 qui donne une étude clinique de la phlébite syphilitique, de Buenon en 1914.

Avant d'aborder l'étude clinique de la phlébite syphilitique secondaire, nous rapporterons quelques-unes des 43 observations déjà publiées sur cette affection, et qui nous ont semblé plus particulièrement intéressantes. Nous y ajouterons notre observation personnelle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(Cettinger)

Homme, quarante-sept ans, forgeron. Lésion initiale passée inaperçue mais ayant laissé des traces sous forme de ganglions inguinaux et d'une cicatrice au niveau du sillon balano-préputial. Entre pour éruption de syphilides papulo-squammeuses, céphalée, légères douleurs dans les deux mollets l'empêchant de travailler.

Œdème malléolaire peu prononcé. Sur le trajet des saphènes externes cordon induré, sans rougeur, sans douleurs vives.

Bon état général. Léger mouvement fébrile, 37°8, 38°4.

Mis au traitement, calomel, quinze jours après cordon à peine perceptible. Une nouvelle poussée de légère phlébite de la saphène interne à gauche ; trente-cinq jours après son entrée dans le service il sort complètement guéri. Revu depuis pour des lésions cutanées. Les cordons veineux avaient repris entièrement leur souplesse.

OBSERVATION II (Résumée)

(Roussy.)

Homme, vingt-six ans, chancre il y a trois mois. Syphilis en période secondaire, éruption papuleuse confluyente : syphilides érosives ; adénopathies bi-inguinale et cervicale.

Le long des deux saphènes internes cordon dur, légèrement douloureux à la pression qui existerait depuis seize jours, s'étend de la partie moyenne de la jambe au triangle de Scarpa. Pas d'œdème. Pas de température. Le malade continue à marcher malgré les recommandations.

Mis au traitement. Guéri après six semaines.

OBSERVATION III (Résumée)

(Renault et Roussy.)

F. D..., vingt-neuf ans, entre le 17 octobre 1902 à Cochin pour syphilis en période d'état : chancre syphilitique induré en voie de cicatrisation ; syphilides papuleuses et papulo-squammeuses occupant le tronc, la face, les membres supérieurs et inférieurs : syphilides psoriasiformes sur les membres, croûteuses du cuir chevelu, adénite spécifique à gauche. Engorgement ganglionnaire des régions cervicale et épitrochléenne. Céphalée depuis huit jours. Légère température.

On le met au traitement du proto-iodure, 0,10 par jour 21 octobre. — Picotement dans la jambe droite avec pesanteur, gêne légère de la marche.

Le 22, les symptômes s'accroissent. Pas d'œdème de la jambe mais il existe, peu accentué, au niveau des malléoles.

Le long de la saphène interne s'aperçoit une traînée rougeâtre correspondant à un cordon régulier, roulant sous le doigt. La douleur est assez vive, empêchant le malade de dormir.

Le lendemain, 23, douleurs dans des points symétriques de la jambe gauche avec les mêmes signes objectifs, moins prononcés.

L'état général reste bon ; la température cède rapidement.

A partir du 27, on double la dose de proto-iodure ;

5 novembre. — La douleur, l'œdème, les traînées rougeâtres ont disparu. Les cordons veineux ont diminué de volume.

27 novembre. — Les symptômes de phlébite sont très amendés.

L'éruption qui a présenté une ténacité rebelle au traitement commence à s'effacer, le malade est autorisé à marcher.

11 décembre. — Il sort complètement guéri de sa phlébite.

OBSERVATION IV (Résumée).

(Gaucher et Touchard.)

M..., forgeron, quarante-deux ans entre le 19 septembre 1904 salle Saint-Louis. Il présente 2 chancres du repli balano préputial datant de un mois environ non cicatrisés, de multiples syphilides secondaires généralisées.

Quatre jours avant son hospitalisation il a ressenti une douleur peu vive à la face interne du genou et de la jambe gauche, déterminant cependant une gêne notable de la marche.

On constate une phlébite du tronc de la saphène interne

F. Vandamme

nettement indurée sur une longueur de 25 centimètres environ ; le reste de la veine présentant une souplesse normale. Traînée rougeâtre de lymphangite superficielle le long de la portion atteinte. Douleur peu vive à la pression. Aucune trace d'œdème, ni aux malléoles, ni au mollet, n'a jamais apparu pendant la durée de la thrombose veineuse. Température normale.

Cinq jours après cette poussée phlébitique gauche la saphène droite se prend en un point symétrique à la saphène gauche, avec les mêmes caractères cliniques.

Trois jours plus tard un tronc veineux de la face interne de l'avant-bras droit, près de la saignée, est atteint à son tour de phlébite sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

On met le malade au repos absolu. On le traite par des injections de benzoate de Mercure à raison de 2 centigrammes par jour.

La douleur et la réaction inflammatoire disparaissent ; seule subsiste une légère induration des parties qui furent atteintes.

OBSERVATION V (Résumée)

(Thibierge et Ravault.)

P. M..., garçon de café, vingt-neuf ans, entre le 25 février 1910 à Saint-Louis, pour des accidents syphilitiques secondaires.

Le début de la syphilis remonte en décembre 1909.

Actuellement, syphilides papuleuses polymorphes et plaques muqueuses du pharynx.

7 mars. — On trouve à la face interne de la cuisse droite un cordon dur, du volume d'une plume d'oie, régulier, sui-

vant le trajet de la saphène interne, sur une hauteur des deux tiers inférieurs. Peu douloureux. D'autres cordons, plus petits répondent aux veines superficielles. Pas de rougeur. Pas d'œdème.

La jambe gauche, non douloureuse présente cependant un cordon analogue.

8 mars. — Extirpation d'un fragment de 5 centimètres le long de la saphène interne droite.

Les jours suivants les lésions de la jambe gauche augmentent mais restent indolores.

17 mars. — On remarque un cordon dur sur la face antérieure de l'avant-bras droit, le long du trajet de la veine superficielle. Pas de fièvre.

21 mars. — Lésions analogues sur la face antérieure de l'avant-bras gauche.

26 mars. — Douleur légère au niveau du pli du coude et du bras droit.

Les jours suivants le nombre de veines atteintes augmente aux avant-bras.

8 avril. — Les veines sont moins volumineuses, moins fermes, mais cependant il reste encore des cordons légèrement perceptibles.

Le malade a été traité par des injections d'huile grise. Ses lésions se sont sensiblement atténuées.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Tourneux)

Homme de trente-deux ans. En septembre 1907, chancre du sillon balano-préputial soigné deux mois par un sérum, dit le malade.

L'accident initial a rapidement disparu, mais développement de multiples accidents secondaires : plaques muqueuses aux lèvres, aux joues, sur le prépuce : syphilides cutanées.

Vers le milieu de décembre on institua un traitement d'huile grise.

Le 29 janvier apparaît sur l'un des membres inférieurs, à 2 centimètres au-dessous du point d'abouchement de la saphène interne, dans la fémorale un petit cordon cylindroïde, allongé, dur : le pourtour de la région présente un léger empâtement. Le cordon est un peu douloureux, surtout à la pression ; à ce niveau la peau est légèrement rosée. Les jours suivants d'autres points se prennent le long de la saphène : on en palpe trois sur la cuisse, deux sur la jambe, séparés les uns des autres par des zones entièrement saines.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Gaucher et Chiray)

Mme H..., vingt-sept ans, entre le 1^{er} décembre 1902. Elle souffre de la gorge depuis cinq semaines, se plaint de poussées fébriles avec lassitude.

On lui trouve un chancre amygdalien gauche avec ganglion sous angulo-maxillaire présentant les caractères classiques de l'adénopathie satellite de l'accident initial. Quelques ulcérations sur l'amygdale droite : angine intense.

Elle est mise au repos sans traitement.

Cinq jours après, périostoses frontales très douloureuses à la pression.

On la met en traitement.

Le lendemain début de roséole papuleuse généralisée.

Le lendemain on découvre par hasard des nodosités sous-cutanées au pli du coude droit, non douloureuses spontanément, mais légèrement à la pression. Pas d'œdème, pas de rougeur : une petite trainée noirâtre traduisant le caillot veineux.

Pas de réaction thermique.

Les quinze jours suivants, le traitement mercuriel est continué.

Les accidents disparaissent, sauf la phlébite qui pourtant s'atténue beaucoup.

Sur sa demande la malade sort, non entièrement guérie, mais ne souffrant pas de sa phlébite.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Roussy)

Homme vingt-cinq ans, maçon.

Chancre il y a cinq ans.

Entre le 11 mai 1903, pour accidents secondaires : éruption polymorphe érythémato-papuleuse, adénopathies, céphalée, chute des cheveux.

Phlébites occupant les quatre veines superficielles des membres inférieurs : à droite, phlébite totale de la saphène interne avec trainée brunâtre large d'un travers de doigt, présentant à la palpation la sensation d'un cordon dur, avec nodosité de la grosseur d'un pois, au niveau de la malléole interne.

Le long de la saphène externe gauche, cordon dur occupant tout le trajet du vaisseau.

Ces phlébites sont absolument indolores, le malade ne les soupçonnait pas à son entrée à l'hôpital.

Les veines superficielles des membres supérieurs sont respectées.

Mis au traitement immédiatement.

Il sort le 4 juin, très amélioré ; l'induration des veines subsiste seulement au niveau de la saphène externe gauche.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Tourneux)

Alphonse C..., garçon de café, trente-trois ans.

Chancre le 5 avril 1910. Suit un traitement irrégulier : quelques pilules de proto-iodure, quelques piqûres.

6 juin. — Douleurs dans la jambe gauche avec léger œdème.

Le malade est mis à un traitement régulier.

10 juin. — Le long de la saphène interne, à gauche cordon dur, rigide, s'étendant de la malléole au genou.

12 juin. — La jambe est rouge, l'œdème s'accroît énormément.

Etat général mauvais : insomnie, fatigue, anorexie. Température 39°5.

Les jours suivants, les deux membres inférieurs sont œdématiés, douloureux.

24 juin. — Empâtement de la paroi abdominale.

A partir du lendemain amélioration qui s'accroît rapidement.

8 juillet. — Température presque normale.

28 juillet. — Le malade sort guéri.

Revu depuis, il n'a présenté aucune rechute.

OBSERVATION X (Résumée)

(Achard et Demanche)

Léopold R..., garçon de café.

Chancre il y a deux mois et demi.

Entre à l'hôpital le 4 mars 1907. Roséole abondante. Chute des cheveux. Ganglions inguinaux indurés, pas de ganglions épitrochléens.

Lourdeur, douleurs dans la jambe gauche. Œdème, quelques taches purpuriques. Quinze jours après, la jambe droite présente les mêmes symptômes, mais atténués.

30 avril. — Deux mois après son entrée à l'hôpital, il sort guéri.

OBSERVATION XI (Résumée.)

(Buenon.)

Malade jeune, pâle, anémie, sans réaction fébrile, présentant de l'œdème des membres inférieurs; la peau est décolorée, tendue, couverte par un lacin dense de veinules saillantes. Pas de cordon perceptible le long des saphènes, pas de douleur provoquée ni spontanée.

On fait le diagnostic de phlébite, mais quelle en est la nature ?

Aucune affection fébrile récente : ni typhoïde, ni érysipèle, ni grippe, ni appendicite, ni rhumatisme. L'utérus ne semble pas en cause. Légère albuminurie.

La malade est bien jeune pour que l'on pense au cancer.

La tuberculose ne donne pas d'emblée des accidents vei-

neux : d'autre part il y a absence de toux, de fièvre, de sueur.

La chlorose peut être invoquée à cause de la fatigue générale, de la pâleur verdâtre, d'un souffle à la base du cœur, propagé aux vaisseaux du cou, de l'anorexie.

Enfin on peut penser à la syphilis vu le développement extrêmement rapide de l'anémie, l'absence de douleur.

Mise au repos et au régime lacté pendant quinze jours l'état de la malade ne s'améliore pas : tout au contraire, à la face interne de la jambe gauche on note une plaque cyanosée le long d'un cordon cuivreux, saillant, correspondant à la saphène. L'albuminurie s'est accentuée.

On apprend qu'à la suite d'une série d'aventures la jeune femme aurait été victime des entreprises d'un homme à qui elle n'a pu résister.

Réaction W. nettement positive.

La malade, mise au traitement mercuriel s'améliore très sensiblement; l'albumine disparaît.

OBSERVATION XII (Personnelle.)

Andrée C..., âgée de vingt-quatre ans, fille de salle, entre le 29 mars 1918 dans le service pour douleurs dans le mollet gauche, irradiées vers la racine de la cuisse; phénomènes précédés, cinq jours auparavant, de lourdeur avec fourmillement dans les deux jambes et gênant la malade dans son travail.

Le 27, la douleur était apparue localisée à la partie supéro-interne de la jambe gauche, s'accompagnant d'un peu de gonflement; la marche étant pénible, la malade interrompt son travail, se couche et vient à l'hôpital.

A l'examen, on note au niveau de la jambe gauche un œdème peu prononcé, s'étendant de la malléole jusqu'au genou.

A la palpation, on trouve un cordon dur, roulant sous le doigt, du volume d'une plume d'oie, légèrement douloureuse à la pression et allant du tiers supérieur de la jambe, jusqu'en arrière du condyle interne du fémur. Pas de rougeur ni d'empatement à ce niveau.

Le membre inférieur droit ne présente rien d'anormal.

D'autre part, on constate sur l'abdomen et sur la face antéro-supérieure des cuisses, un reliquat de roséole caractérisé par des taches de coloration chamois. La malade déclare ne pas avoir remarqué l'éruption ; le chancre a également passé inaperçu.

Ganglions inguinaux des deux côtés. Un ganglion sus-épi-trochléen à gauche, pas d'adénopathies cervicales. Angine rouge diffuse, pas de plaques muqueuses. Céphalée discrète sans exacerbations nocturnes.

L'état général est peu atteint ; il existe seulement une élévation thermique modérée : 37°8 le matin, 38°2 le soir.

La coexistence de manifestations syphilitiques secondaires avec cette phlébite évoluant de façon torpide sans réaction douloureuse sans œdème appréciable, sans rougeur, survenue chez une femme jeune fait penser qu'il s'agit d'une phlébite syphilitique secondaire.

La réaction de Wassermann est nettement positive.

Les urines contiennent une louche d'albumine.

Du 29 mars au 14 avril la malade reçoit dix centigrammes de cyanure de mercure en injections intra-veineuses.

L'œdème a disparu en six jours ainsi que la douleur. Un

palper minutieux permet de retrouver une légère induration au niveau de la veine primitivement enflammée. La température reste un peu au-dessus de la normale sans dépasser 38 degrés.

14 avril. — Douleur au niveau de la jambe droite ; on sent au palper le long de la saphène interne, un cordon semblable à celui constaté précédemment à gauche. La malade reçoit encore deux injections de un centigramme de cyanure.

Le 18, la température s'élève à 39°4 sans qu'on en puisse trouver l'explication.

Le 24, on note un point douloureux situé sur le trajet de la saphène interne à 20 centimètres environ au-dessous de son point d'aboutissement dans la fémorale. Ce point correspond à un noyau dur de la grosseur d'une noisette.

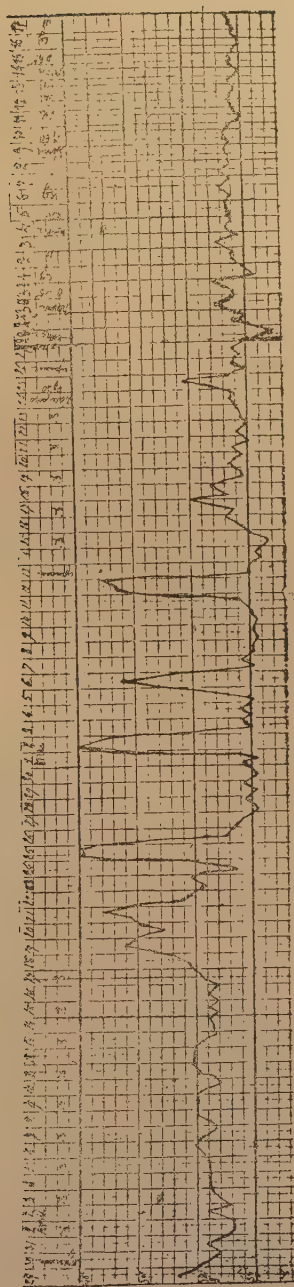
A la suite de la poussée thermique, le traitement est suspendu. Ce même jour 24, nouvelle ascension à 40 degrés pendant trente-six heures, précédée de frissons, s'accompagnant de chaleur et suivie de sueurs abondantes.

Retour à la normale le 26 au matin jusqu'au 1^{er} mai. Du 1^{er} au 3, nouvelle poussée à 40 degrés durant trente-six heures avec les mêmes symptômes et suivie d'une période d'apyrexie du 3 au 5.

Cette ascension thermique nous ayant fait penser à un accès de paludisme, bien que la malade n'ait jamais habité une zone impaludée et qu'elle n'ait pas de grosse rate, nous examinons le sang au point de vue de la recherche des hématozoaires. Résultat négatif.

Du 5 au 7. — Troisième accès avec 40 degrés, mêmes symptômes. Nouvel examen, négatif comme le premier.

Apyrexie du 7 au 11.



Poussée du 11 au 13. Apyrexie du 13 au 15, ébauche d'accès le 17 à 38 degrés. Apyrexie du 18 au 24. Le 24, poussée à 38°2.

La douleur a disparu complètement des deux côtés, depuis le 19 mai; la température est normale depuis le 24 : 37°3, 37 degrés. La palpation ne permet plus de sentir les cordons veineux; seul persiste, mais non douloureux, le petit nodule de la partie supérieure de la saphène droite.

En résumé, dans ce cas comme dans ceux déjà décrits par les auteurs, la phlébite a évolué par poussées successives sur les deux saphènes internes; les phénomènes subaigus du début ont, après chaque poussée nouvelle, fait place rapidement à une évolution avec phénomènes très atténués. Cependant le cours de cette évolution a été interrompu par 4 poussées thermiques successives, ayant toutes présenté le même aspect clinique; rappelant les accès paludéens, la même durée trente-six heures environ. Peut-être faut-il y voir un type de fièvre syphilitique, un peu différent toutefois de celui déjà signalé par certains auteurs.

En effet à partir du 13 mai, date du dernier accès fébrile à 40 degrés un traitement mixte arsénico-mercuriel est commencé sous forme d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure à un centigramme tous les deux jours (15 injections) avec chaque semaine une injection intra-veineuse de novarsé-nobenzol à doses progressivement croissantes (0,30, 0,45, 0,50, 0,60, 0,65). Cette médication paraît avoir influencé la température, car les poussées thermiques à 40 degrés cessent et seulement durant la deuxième quinzaine de mai, trouve-t-on deux ébauches d'ascension avec 38 degrés.

ÉTUDE CLINIQUE

Essayons maintenant d'esquisser la symptomatologie et les traits différentiels de la phlébite syphilitique secondaire.

L'apparition de cette phlébite se fait *ordinairement* en pleine *période secondaire* ; de trois à six mois après le chancre ; exceptionnellement on la voit survenir (Girwood, Le Noir) avant la roséole. Elle peut aussi être retardée, ne se montrer qu'au bout de dix mois (Campbell), même de un an (Charvot). Cela n'a rien d'étonnant car nous savons que les accidents secondaires n'apparaissent pas à une époque invariable après le début du chancre chez les différents malades.

L'affection peut débiter de différentes façons : soit *insidieusement*, *ce qui est habituel*, après avoir été ou non précédée de prodromes tels que crampes, pesanteur, fourmillements, légère douleur provoquant un certain état de gêne dans la marche (Cœtinger, Renault et Roussy, Gaucher et Touchard, observation personnelle), soit brusquement, ce qui est rare, par une vive douleur amenant avec elle une impotence fonctionnelle complète : soit, exception-

nellement, cas de Gayraud, par des symptômes généraux, une température élevée à 39 degrés 39°5, un pouls fréquent : ces signes précédant de quelques jours les phénomènes locaux. Elle peut aussi être une trouvaille au cours de l'examen attentif du malade (Roussy, Gaucher et Chyray), ne provoquant aucune gêne fonctionnelle, aucune douleur, demeurant ignorée du porteur.

La phlébite syphilitique après une installation sournoise et lente entre dans la période d'état et ici encore, nous retrouvons la tendance générale de cette entité morbide aux petites et timides réactions.

Les veines le plus souvent atteintes sont de beaucoup les *veines superficielles* des membres, et avant tout, aux membres inférieurs la saphène interne (majorité des cas), puis la saphène externe (Ættinger). Au membre supérieur (Gayraud, Le Noir, Gaucher, Chiray, Gaucher, Touchard, Thibierge, Ravaut) la basilique, la céphalique, la médiane basilique, la médiane céphalique.

Les veines profondes paient plus rarement leur tribut à la phlébite syphilitique secondaire : veine fémorale, veine poplitée (Mauriac, Andry et Constantin, Achard et Demanche).

Aucun auteur ne parle de phlébite des veines de l'extrémité céphalique, des pieds ou des mains.

Un autre caractère de la phlébite syphilitique c'est sa *multiplicité habituelle*. Fréquemment double (Greenhow, Mendel, Renault et Roussy, observation personnelle) frappant les deux saphènes internes ou

encore les deux veines superficielles d'un même membre.

D'autres fois on peut voir les veines de plusieurs membres prises simultanément ou successivement comme dans un cas de Mauriac où il y eut en même temps thrombose de la saphène externe droite et de la céphalique droite : puis six mois après thrombose de la saphène interne dans sa portion crurale. Cas de Mendel où les deux saphènes internes furent atteintes l'une après l'autre à quelques semaines d'intervalle, puis la médiane basilique et la médiane céphalique du côté gauche ainsi que la céphalique du côté droit. Cas de Thibierge et Ravaut dont le malade fit pendant vingt jours des poussées inflammatoires successives des veines superficielles de ses quatre membres.

Se basant sur la longueur de la portion enflammée, le professeur Fournier distingue trois types différents : phlébite *partielle* lorsque la lésion est limitée à une petite portion de la veine ; phlébite *segmentaire* lorsqu'elle atteint toute la partie correspondant à un segment de membre ; phlébite *totale* enfin, plus rare, lorsque la veine est prise de son origine à sa terminaison.

Ajoutons le type de phlébite *fragmentée*, caractérisée par la présence le long de la veine, de deux ou trois segments indurés séparés par des portions inappréciables à la palpation et paraissant saines.

A l'inspection, le membre atteint est généralement de *volume normal*. Quelquefois on perçoit sur le trajet veineux une légère teinte rosée (Campbell

Renault, Roussy) ou une trainée noirâtre (Gaucher et Chiray) permettant d'apprécier de visu la longueur et le siège de la thrombose. D'autres fois, aucune teinte anormale ne décèle le vaisseau enflammé (Oettinger, Thibierge, observation personnelle).

A la palpation légère on perçoit un *cordon veineux dur*, régulier ou moniliforme, variant du volume d'une plume d'oie à celui d'un crayon ou du petit doigt et s'étendant : soit sur toute la longueur du canal veineux, soit seulement sur une petite partie de celui-ci suivant le degré de la lésion anatomique.

On peut déceler en outre la présence d'un *léger œdème* qui reste ordinairement cantonné au niveau des malléoles et qui, le plus souvent est fugace ; il cède rapidement sous l'influence du repos. Le fait que ce sont ici les veines *superficielles* qui sont obstruées nous explique le peu d'importance de l'œdème car la circulation collatérale se rétablit facilement.

Il en est autrement dans les *phlébites profondes* (Mauriac, Achard et Demanche, Audry et Constantin) où l'œdème prend une *importance prépondérante* et se place au premier rang du tableau clinique. S'il existe alors une certaine quantité d'albumine dans les urines on peut soupçonner une néphrite concomitante (Buenon), ce qui diminue sans doute le rôle de la phlébite dans la production des œdèmes.

Aucun trouble trophique musculaire ou articulaire, ce qui les différencie encore des phlébites ordinaires. Seul, Le Noir a signalé l'existence d'un hydarthrose

du genou au cours d'une phlébite syphilitique secondaire.

Les *symptômes* accusés par le malade sont habituellement *discrets* et surtout manifestes durant les premiers jours : c'est une douleur légère spontanée ou le plus souvent provoquée par la station debout prolongée, les différents mouvements, la pression ou la palpation du membre malade : cette douleur est tantôt localisée, tantôt diffuse, s'irradiant dans toute la jambe avec un point d'élection cependant relevé par la palpation du cordon veineux au niveau de la thrombose.

Sauf dans les cas de Charvot et Heuzard, elle ne présente pas d'exacerbation nocturne. C'est en somme une *douleur atténuée*, n'atteignant pas l'intensité de celle des phlébites ordinaires.

Aussi l'impotence fonctionnelle est-elle rarement complète : le plus souvent partielle ou nulle engageant les malades à se lever malgré les recommandations qu'on leur fait.

Les *symptômes généraux* sont très *discrets* : seulement un peu de lassitude : rarement de l'anorexie et de l'insomnie. Dans le cas de Buenon l'anémie était intense, il y avait une albuminurie notable et nous pensons que la phlébite ne jouait pas le rôle principal dans la gravité de ces symptômes.

La *fièvre* est généralement *peu élevée* : 37°6 le matin, 38°5 le soir, à *type régulier* ; cette réaction s'atténue le plus souvent au bout de sept à huit jours.

Il faut noter que dans le cas de Audry et Constan-

tin : phlébite profonde accompagnant la phlébite superficielle, la température atteignit 39°5 et l'état général fut longtemps mauvais. Dans notre observation personnelle la fièvre affecta un type tout à fait spécial. Ce fut d'abord une fièvre régulière, qui présenta ensuite des accès intermittents. Ces accès se répétèrent à diverses reprises et ne purent vraisemblablement reconnaître que l'infection syphilitique comme point de départ. Il s'est agi en d'autres termes d'un type pseudo-palustre comme le cas a été signalé dans d'autres affections, en particulier dans le courant de ces dernières années dans la paraméningococcémie. Ce type de fièvre syphilitique pseudo-palustre a déjà attiré l'attention de plusieurs médecins au cours de manifestations diverses de la syphilis. Rappelons en particulier les observations de MM. Netter et Vahram à la Société médicale des Hôpitaux.

ÉVOLUTION

La marche de cette phlébite syphilitique revêt un caractère d'évolution qui paraît lui être propre et qui en fait la caractéristique clinique.

Comme le dit le professeur Fournier « les symptômes sont ceux d'une phlébite de modalité initialement subaiguë mais tournant aussitôt à une modalité froide, aphlegmasique, où l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique du cordon veineux ».

La première période, celle des phénomènes subaigus, ne dure guère que quelques jours : la seconde peut persister pendant un temps variable ; la durée en est assez appréciable et se rapproche de celles des phlébites ordinaires : c'est-à-dire six à huit semaines. Dans les cas bénins, elle peut s'abaisser à quinze ou vingt jours. Au contraire, être augmentée comme dans le cas rapporté par Mauriac où la guérison ne survint qu'au bout de six mois.

Cette guérison peut être enfin retardée par des *récidives* qui sont assez fréquemment observées au cours de la phlébite secondaire ainsi que le démontrent les faits signalés par Fournier et Mendel. La lésion atteint alors successivement des veines

différentes ; la malade de Fournier présenta d'abord une phlébite de la saphène interne gauche ; huit semaines, après la saphène interne droite se prenait ainsi que les veines médianes basilique et céphalique gauche, puis céphalique droite ; dans une troisième atteinte toutes les veines superficielles des 4 membres furent prises ensemble, sauf les veines des mains et des pieds. Cette tendance aux récives est encore une particularité de la phlébite syphilitique.

ÉTIOLOGIE

A l'heure actuelle on sait que la *cause efficiente* de la phlébite syphilitique secondaire c'est le *tréponème*.

On a cherché à faire intervenir une question d'âge dans l'apparition de cette affection ; mais la syphilis acquise frappant surtout les adultes il est évident que ce sont eux qui ont le plus de chance de faire des complications veineuses ; le cas de Gayraud citant l'apparition d'une phlébite syphilitique de la saphène interne gauche, survenue trois mois après le chancre, chez un homme de quatre-vingt-un ans nous paraît intéressant à cet égard.

Il paraît plus rationnel de faire intervenir comme causes prédisposantes les traumatismes, le surmenage physique, les occupations pénibles nécessitant la station debout, des efforts constants et répétés. Dans les observations rapportées jusqu'à ce jour nous relevons les professions suivantes : forgeron, garçon de café, maçon, filles de salle dans les restaurants, gardiens de la paix.

Les hommes exerçant souvent un métier plus fatigant que les femmes, cela expliquerait pourquoi la

phlébite se rencontre plus fréquemment dans le sexe masculin.

Il est à noter cependant que la phébite a pu apparaître chez des malades déjà hospitalisés et mis au repos depuis quelques jours (Campbell). Il reste à savoir si la *virulence* du tréponème n'a pas lieu d'être incriminée. Nous savons que la gravité de la syphilis n'est pas la même chez tous les malades : chez quelques-uns elle passe inaperçue pendant des années ; chez d'autres elle revêt un caractère d'intensité extrême dès ses premières manifestations. Il serait instructif de connaître si, au cours de leur existence, les malades ayant présenté des complications veineuses secondaires, ne feront pas de préférence à d'autres des accidents viscéraux tertiaires, apparaissant comme la signature de la malignité de leur syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des veines au cours de la syphilis secondaire rencontrait une difficulté.

On ne meurt pas de phlébite syphilitique ; il fallait donc compter sur la bonne volonté des malades pour faire une biopsie.

Le premier cas d'examen histologique est rapporté par Mendel.

Dans le segment veineux réséqué on note la présence d'un caillot central, obturant totalement la lumière du vaisseau. La tunique interne et très notablement épaissie par la prolifération de l'endothélium dont les cellules plates ont formé quelques travées pénétrant le caillot central. La tunique moyenne est peu altérée ; l'adventice présente de très rares lésions. A peine quelques adhérences péri-vasculaires.

Le deuxième cas dû à M. Thibierge est rapporté dans la thèse de Bondesio. Mêmes lésions de l'endoveine ; léger épaississement de la couche musculaire. La celluleuse paraît tout à fait saine.

La troisième excision de fragment veineux pratiquée par Hoffmann laisse voir au centre de la veine

thrombosée un reste de lumière par où passait un faible courant sanguin. Pas de périphlébite.

Mais la biopsie la plus intéressante est celle qui permet à MM. Thibierge et Ravaut de démontrer la présence du spirochète au niveau de la paroi veineuse épaissie.

La portion excisée se présente sous forme d'un cordon souple, donnant la sensation d'une tige de caoutchouc plein, de 3 millimètres de diamètre environ.

A la coupe, oblitération presque complète de la lumière ; à peine un vestige central de la cavité. La veine, sectionnée aseptiquement suivant la longueur, on constate qu'elle ne contient ni caillot, ni sang liquide mais seulement un peu de sérosité qui sort sous la pression du vaccino-style.

Des frottis sur lame de la paroi interne de la veine sont examinés à l'ultra-microscope. On constate au milieu des débris cellulaires, sur différents champs, 5 spirochètes ayant tous les caractères du *treponema pallida* dont deux seulement sont animés de mouvements propres. On n'y rencontre aucun microbe, ni aucune autre forme de spirales ou de filaments spirales. Trois autres frottis recueillis de la même façon, colorés à la lachine, permettent de constater deux spirochètes très nets.

Après excision de la veine on inocule un macaque avec de la sérosité provenant de la cavité centrale de la veine et par friction directe de petits fragments veineux. Ces inoculations permettent de voir évoluer

des lésions expérimentales, superposables à la description faite en 1905 par Thibierge, de la syphilis expérimentale chez les singes.

L'examen histologique de la veine excisée donne les résultats suivants : pas de caillot intra-vasculaire. L'oblitération partielle et l'induration de la veine sont dues à la prolifération de l'endoveine qui forme une série de bourgeons volumineux, saillants dans l'intérieur du vaisseau. En quelques points ces bourgeons renferment des traces d'anciennes hémorragies. Au-dessous de l'endothélium nombreuses formations veineuses ; le tissu cellulaire périphérique ne paraît pas avoir réagi.

Il résulte de ces faits que la phlébite précoce syphilitique est fonction du spirochète de Schaudinn et Hoffmann.

Les divers examens histologiques ont permis de constater que la lésion porte sur la tunique interne de la veine, notion concordant avec la présence du spirochète en ce point.

Il y a donc endophlébite et non périphlébite.

COMPLICATIONS

Nous n'avons relevé *aucun* exemple de *complication* provenant de la phlébite syphilitique secondaire. C'est ainsi que les embolies qui font toute la gravité des phlébites ordinaires sont encore inconnues au cours de l'affection qui nous occupe.

C'est pourquoi on ne meurt pas de phlébite syphilitique secondaire. De même les accidents immédiats ou tardifs que l'on rencontre communément dans les phlébites infectieuses sont rares ici et la guérison une fois survenue est, sinon définitive, du moins complète : la veine thrombosée reprend rapidement sa souplesse et son élasticité normale.

Aussi le pronostic en est bénin et ce fait sur lequel il convient d'insister constitue encore une des particularités de cette affection.

En effet les manifestations veineuses secondaires ne font pas exception à cette loi générale en syphiligraphie qui veut que les accidents secondaires soient superficiels, passagers, résolutifs spontanément et partant peu graves.

DIAGNOSTIC

Il s'agit tout d'abord de faire le diagnostic de phlébite : pour cela on se base sur la forme circonscrite de l'affection, l'empâtement allongé, l'œdème, le cordon dur suivant le trajet d'un vaisseau connu, le signe de la compression de Fournier. Reste à déterminer la nature de la phlébite.

Les caractères cliniques précédemment décrits, surtout s'ils existent au complet, mettent sur la voie du diagnostic. *Multiciplicité, superficialité, début insidieux, œdème discret, troubles fonctionnels et généraux peu marqués, douleur légère.*

Enfin, le plus souvent, la présence simultanée d'accidents secondaires syphilitiques force l'attention du clinicien : roséole, syphilides, plaques muqueuses, angine rebelle, céphalée nocturne, chute des cheveux, adénopathies occipitales, épitrochléennes, inguinales.

Cependant des difficultés peuvent surgir comme dans le cas de Buenon. Après avoir éliminé toutes les causes habituelles de phlébite, la réaction de Wassermann et l'action du traitement mercuriel ou arsenical deviennent d'un précieux secours. Il faut se rappeler que la phlébite peut être assez rebelle puis-

qu'elle a pu évoluer chez des malades déjà soumis à l'action du proto-iodure (Audry, Constantin), du calomel (Campbell), de l'huile grise (Tourneux), du cyanure de mercure (obs. personnelle). Dans ces différents cas, il semble que l'intensité de la médication ait été insuffisante, puisqu'une augmentation des doses a amené la disparition des phénomènes inflammatoires.

TRAITEMENT

Le traitement de la phlébite syphilitique secondaire sera tout à la fois symptomatique et causal.

Comme dans toute phlébite le repos dans le décubitus dorsal sera indiqué, surtout s'il y a de l'œdème.

Mais seul le traitement causal a une réelle importance. Il doit être intensif, car on a vu qu'avec une médication insuffisante la phlébite pouvait continuer à évoluer.

A l'heure actuelle il semble que le traitement mixte : arsenical et mercuriel soit tout indiqué.

Les injections intra-veineuses de novarsénobenzol à doses progressives, associées à des injections de cyanure de mercure ont paru avoir un bon résultat sur notre malade.

CONCLUSIONS

La phlébite syphilitique secondaire est une affection peu commune.

Elle affecte ordinairement les veines superficielles des membres. Très rarement les veines profondes. Plusieurs veines sont prises successivement ou en même temps.

Son allure est celle d'une affection sub-inflammatoire.

Elle ne s'accompagne presque jamais de troubles généraux. Lorsqu'ils existent ils sont bénins et passagers.

L'oblitération de la veine disparaît assez rapidement sans laisser de trace.

Les complications n'ont jamais été signalées.

La présence du spirochète a été démontrée au niveau de l'endoveine. C'est une endophlébite.

Le diagnostic se fondera sur la coexistence d'accidents secondaires syphilitiques, sur les commémoro-

ratifs, la réaction de Wassermann, l'influence du traitement spécifique.

Le traitement sera symptomatique et surtout causal.

Vu : le Président de la thèse,

LETULLE

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. POINCARÉ

INDEX BIBIOGRAPHIQUE

- Astruc.* — De morbis veneris libri, novembre 1740.
- Audry et Constantin.* — Phlébite syphilitique de la veine poplitée (Compte-rendu de la Société de Dermatologie, 5 juin 1902).
- Aulnay Richard (d').* — Annales de Dermatologie, 1896
- Barbe.* — Phlébite syphilitique (France médicale, 1898. Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1899).
- Blascho.* — Trombo-phlébite nodulaire syphilitique (Versammburg Deutsch Naturforscher. Aerzte, septemb. 1901).
- Bondesio.* — Contribution à l'étude des phlébites des membres dans la syphilis secondaire. Thèse de Paris, 1899).
- Breda.* — Revista veneta di scienze mediche, 1889. In thèse de Collinot, p. 63.
- Buenon.* — Phlébite syphilitique (Normandie médicale. Rouen, 1914, XXX, p. 29).
- Campbell.* — Un cas de phlébite syph. second. (Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 21 nov. 1902, p. 1005).
- Cantru.* — Sur un cas de phlébite observée chez un syphilitique pendant la période des accidents secondaires (France médicale, janvier 1882).
- Charcot.* — Deux cas de phlébite syphilitique (Revue de Chirurgie, 1891, p. 559).
- Collinot.* — Thèse de Paris, 1901.
- Cornil.* — Leçons sur la syphilis, 1879.

- Darier et Civate*. — Syphilis nodulaire hypodermique (Soc. de dermatol. et syphilis, mars 1905).
- Dieulafoy*. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1905-1906 (Presse médicale, février 1903).
- Fidon*. — Bull. Soc. méd. chir. de la Drôme. Valence, 1910.
- Fournier*. — Traité de syphilis, t. I, p. 705.
- Fisichella*. — Gazette des Hôpitaux de Milano, 1914.
- Fournier et Lœper*. — Deux cas de phl. syph. secondaire (Société de Dermatologie, 1899).
- Gaucher et Chiray*. — Sur un cas de phl. syph. second. des veines superficielles (Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp., janvier 1903, p. 119).
- Gaucher et Touchard*. — Phlébites multiples au cours de la syph. second. (Société de Dermatologie, novembre 1904).
- Gayraud*. — De la phlébite adhésive comme accident de la syph. secondaire (Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Montpellier, 1882, n° 43).
- Girdwood*. — On three cases of phlebitis occuring in patients affected with syphilitica poison, 1861. In thèse Collinot, p. 57.
- Gosselin*. — Cliniques de la Charité, 1873.
- Greenhow*. — Transactions of the clinical Society of London, 1873.
- Guttani*. — De extremis anevrysmatibus mayen chirurgica pertractandis. Rome, 1772.
- Heuzard*. — Thèse Paris, 1898.
- Karvonen*. — Syphilitische phlebitis im Duodecum Hel-sinski, 1894.
- Khoury*. — Bul. et Mém. Société méd. Hôp. Paris, 1917.
- Le Noir*. — Association française pour l'avancement des sciences (Congrès de Boulogne, 1899, 2 cas nouveaux).
- Lancereaux*. — Traité d'Anatomie pathologique, 1866.
- Mauriac*. — Leçons sur la syphilis tertiaire et héréditaire, 1890.

- Mendel.* — Contribution à l'Etude des Phlébites syphilitiques (Archives gén. de Médecine, 1894, t. I).
- Netter.* — Fièvre à allure intermittente d'origine syphilitique (Société méd. des Hôp., 1916, 3 s × 1 1837-1839).
- Ettinger.* — De la phlébite au cours des accidents secondaires de la syphilis (Semaine médicale, février 1902).
- Pasini.* — Gangrène cutanée d'origine syphilitique. Contribution à la syphilis des veines (Journal des maladies vénériennes. Livourne, 1904).
- Renault Roussy.* — Bull. Société méd. Hôpitaux, janvier 1905.
- Richard d'Aulnay.* — Annales de Dermatologie, 1896.
- Roques.* — Thèse de Toulouse, 1907.
- Roussy.* — Phlébite syphilitique secondaire (Gazette des Hôpitaux, septembre 1903).
- Thibierge et Ravaut.* — Phlébites syph. multiples précoces des membres. Démonstration de la présence du spirochète dans la paroi veineuse par l'examen microscop. et par l'inoculation au singe (Bull. Société méd. des Hôp., 1910).
- Thibierge et Monthus.* — Dans Thèse de Collinot.
- Tourneux.* — Les phléb. syph. Etude clinique (Archives méd. de Toulouse, 1912, t. XIX, méd. 381-394).
- Tourneux et Lévy.* — Sur un cas de phléb. syph. superficielle (Toulouse médical, 1908, 2 s × 49-51).
- Wahram.* — Fièvre intermittente fruste d'origine syphilitique (Bul. Société méd. des Hôp., Paris, février 1917, p. 184).

